

ملخص للإخطار بممارسات الخصوصية لدى PHELPS HEALTH ومجموعة PHELPS HEALTH MEDICAL GROUP و PHELPS HEALTH HOMECARE (ويشار إليهم مجتمعين باسم "PHELPS HEALTH")

يوضح هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى الاطلاع عليه بعناية.

لقد قامت Phelps Health بتلخيص إخطار ممارسات الخصوصية المرفق ("الإخطار") في الصفحة الأولى هذه. للحصول على وصف كامل لحقوقك ومسؤولياتنا المتعلقة بمعلوماتك الطبية، يُرجى الاطلاع على هذا الإخطار بأكمله.

حقوقك

تشتمل حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الطبية على ما يلي:

- الحق في طلب فرض قيود على طريقة استخدامنا لمعلوماتك الطبية وإفصاحنا عنها؛
 - والحق في طلب طريقة حصولك على معلوماتك الطبية منا؛
 - والحق في مراجعة واستلام نسخ من معلوماتك الطبية؛
 - والحق في طلب تعديلنا لمعلوماتك الطبية؛
 - والحق في معرفة الطريقة التي نصح بها عن معلوماتك الطبية؛
 - والحق في الحصول على إخطار إذا تأثرت بانتهاك لمعلوماتك الطبية غير المؤمنة؛
 - والحق في إلغاء تضمين معلوماتك الطبية في عمليات تبادل البيانات الصحية.
- إننا لن نستخدم معلوماتك الطبية أو نصح عنها دون إذن منك، باستثناء ما ينص عليه هذا الإخطار خلافاً لذلك.

المطلوب منا القيام به

نحن نتحمل المسؤولية عن:

- حماية معلوماتك الطبية؛
- وتزويدك بهذا الإخطار؛
- والالتزام بالشروط الواردة في هذا الإخطار.

يمكننا تغيير ممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإخطار. وإذا قررنا تغييرها، فسنراجع هذا الإخطار وننشره في منشأتنا وعلى موقعنا الإلكتروني على الرابط www.phelpshealth.org. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على معلومات إضافية، يُرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على الرقم (573) 458-7613.

* * * * *

إقرار باستلام إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بمؤسسة Phelps Health.

أقر بأنني قد تلقيت إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بمؤسسة Phelps Health.

المريض أو الممثل القانوني: _____

الصلة (إذا كان شخصاً غير المريض): _____

التاريخ: _____

كان المريض لا يستطيع/لا يرغب في التوقيع على الإقرار.

السبب: _____

الأحرف الأولى من اسم الموظف: _____ التاريخ: _____

إخطار بممارسات الخصوصية

يوضح هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى الاطلاع عليه بعناية.

يُطبق هذا الإخطار على مؤسسة PHELPS HEALTH ومجموعة PHELPS HEALTH MEDICAL GROUP و PHELPS HEALTH HOMECARE (ويشار إليهم مُجتمعين باسم "PHELPS HEALTH")

تلتزم Phelps Health بحماية خصوصية المريض وتتعهد بأهمية حماية معلوماتك الطبية. ونحن مُلزَمون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الطبية الكاشفة عن الهوية (والتي يُشار إليها باسم "المعلومات الطبية المحمية" أو بالاختصار "PHI")، وملزَمون أيضًا بتزويدك بهذا الإخطار، والذي يوضح واجباتنا القانونية وممارسات حماية الخصوصية المتبعة لدينا وكذلك حقوقك المتعلقة بالمعلومات الصحية المحمية (PHI). ونحن ملزَمون بالامتثال للشروط الواردة في هذا الإخطار الساري في الوقت الحالي. نحن نحفظ الحق في تغيير ممارسات الخصوصية المنصوص عليها في هذا الإخطار وجعل الممارسات الجديدة فعالة فيما يخص جميع المعلومات الصحية المحمية التي نحفظ بها. إذا قررنا إجراء تغيير كهذا، فسراجع هذا الإخطار وننشره في منشأتنا وعلى موقعنا الإلكتروني على الرابط www.phelpshealth.org.

حالات استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية التي قد تتم بدون إذن منك:

لأغراض العلاجية: قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونفصح عنها من أجل تقديم العلاج إليك أو تنسيقه أو إدارته. على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية لتزويدك بالخدمات أو العلاج الطبي، وقد نشارك معلوماتك الصحية المحمية مع الأطباء أو الممرضين أو الفنيين أو الطلاب المتدربين ببرامج التدريب على الرعاية الصحية أو غيرهم من الأفراد المشاركين في رعايتك.

لأغراض السداد: قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونفصح عنها لأغراض السداد. فعلى سبيل المثال، يمكننا أن نشارك معلوماتك الصحية المحمية مع شركة التأمين الخاصة بك حتى نتأكد من تلقي الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية التي نقدمها إليك. كما يمكننا أيضًا أن نخبر جهة التأمين الصحي الخاصة بك حول العلاج الذي يوصي به طبيبك من أجل الحصول على الموافقة المسبقة لتحديد ما إذا كانت خطتك ستغطي تكلفة هذا العلاج.

لأغراض عمليات الرعاية الصحية: قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونفصح عنها لأغراض العمليات التجارية الخاصة بنا. وتعتبر هذه الاستخدامات والإفصاحات التجارية ضرورية للتأكد من حصول مرضانا على رعاية عالية الجودة وخدمات مجدية من حيث التكاليف. فعلى سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الصحية المحمية لمراجعة جودة العلاج والخدمات لدينا، ولتقييم أداء موظفينا والموظفين المتعاقدين معنا والطلاب المتدربين لدينا في رعايتك.

بموجب القانون: قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نفصح عنها في حدود ما يقتضيه القانون الساري على المستوى الفيدرالي أو مستوى الولاية أو المستوى المحلي.

حسب ما يُلزم به وزير الصحة والخدمات الإنسانية (Secretary of Health and Human Services): قد نكون مطالبين بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية من أجل التحري عن امتثالنا لمتطلبات القاعدة النهائية المفروضة على معايير خصوصية المعلومات الصحية القابلة للكشف عن هوية صاحبيها.

لأغراض الصحة العامة: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية لأنشطة الصحة العامة، مثل الإفصاحات إلى إحدى سلطات الصحة العامة أو غيرها من الوكالات الحكومية التي يسمح لها القانون بجمع المعلومات أو تلقيها (مثل: إدارة الغذاء والدواء).

الرقابة الصحية: قد نُفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى إحدى وكالات الرقابة الصحية من أجل الأنشطة المصرح بها قانونًا، مثل إجراءات التدقيق والتحقيق والتفتيش. وتشتمل وكالات الرقابة على الوكالات الحكومية التي تشرف على نظام الرعاية الصحية وبرامج المخصصات الحكومية وغيرها من البرامج الحكومية التنظيمية وقوانين الحقوق المدنية.

الإساءة أو الإهمال: إذا كنت ضحية لإساءة المعاملة أو الإهمال أو العنف المنزلي، فقد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى إحدى الوكالات الحكومية المصرح لها بتلقي هذه المعلومات. بالإضافة إلى ذلك، قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى إحدى سلطات الصحة العامة المصرح لها قانونًا بتلقي تقارير إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم.

الإجراءات القضائية والإدارية: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لأمر صادر عن إحدى المحاكم أو الهيئات القضائية الإدارية (بالقدر المسموح به صراحة من الإفصاح)، وقد نفصح عنها، في ظروف معينة، استجابةً لاستدعاء أو طلب للإفصاح أو أي إجراء قانوني آخر.

إنفاذ القانون: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية، طالما تم استيفاء المتطلبات القانونية المعمول بها، وذلك لأغراض إنفاذ القانون، مثل تقديم معلومات إلى الشرطة حول ضحايا الجرائم.

المحققون في أسباب الوفاة ومديرو الجناز: قد نُفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى أحد المحققين في أسباب الوفاة أو مسؤولي الفحص الطبي أو مديري الجناز إذا كان ذلك ضروريًا لأداء واجباتهم المصرح بها قانونًا.

التبرع بالأعضاء: إذا كنت متبرعًا بالأعضاء، فقد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى منظمات شراء الأعضاء حسب الضرورة لتسهيل التبرع بالأعضاء أو زرعها.

الأبحاث: في ظروف محددة، قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية للباحثين حين تتم الموافقة على أبحاثهم من قبل أحد مجالس المراجعة المؤسسية والذي قام بمراجعة مقترح البحث ووضع البروتوكولات لضمان خصوصية معلوماتك الصحية المحمية.

التهديد الخطير للصحة أو السلامة: قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا كنا نعتقد أن ذلك الإفصاح ضروري لتجنب تهديد خطير وشيك يمس السلامة أو الصحة العامة، وإذا كان سيفصح عنها لشخص نعتقد -في حدود المعقول- بأنه قادر على منع هذا التهديد أو الحد منه.

الوظائف الحكومية المتخصصة: حين تنطبق بعض الشروط المناسبة، فربما نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية للأغراض المتعلقة بالمخاوف الخاصة بالأمن القومي أو العسكري، كأن يتم الإفصاح عنها لغرض تحديد إدارة شؤون المحاربين القدامى لأهليتك للحصول على المخصصات.

أنشطة الأمن القومي والاستخبارات: قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى المسؤولين الفيدراليين المصرح لهم لأغراض الاستخبارات والاستخبارات المضادة وحماية الرئيس أو غيره من المفوضين أو رؤساء الدول الأجنبية، وذلك لأغراض تحديد التصريح الأمني الخاص بك وغير ذلك من أنشطة الأمن القومي التي يصرح بها القانون.

تعويضات العاملين: قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية حسب الضرورة وذلك من أجل الامتثال لقوانين تعويضات العمال وغيرها من البرامج المشابهة.

السجناء: قد نستخدم أو نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا كنت سجيناً لدى منشأة إصلاحية، وكنا قد أنشأنا أو تلقينا معلوماتك الصحية المحمية أثناء تقديم الرعاية إليك.

شركاء العمل: قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الأشخاص الذين يؤدون وظائف أو أنشطة أو خدمات من أجلنا أو نيابة عنا، والتي تتطلب استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها. لحماية معلوماتك الصحية، فإننا نلزم شركاء العمل بحماية معلوماتك بشكل مناسب.

حالات استخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها التي قد تتم بالاتفاق معك أو بإتاحة فرصة للاعتراض:

أفراد الأسرة والأصدقاء: ما لم تعترض على ذلك، يحق لنا أن نفضح لأحد أفراد أسرتك أو أقاربك أو أصدقائك المقربين أو أي شخص آخر تحدده، شفهيًا أو كتابيًا، عن معلوماتك الصحية المحمية التي تتعلق مباشرة بمشاركة ذلك الشخص في رعايتك الصحية. إذا كنت غير قادر على الموافقة على هذا الإفصاح أو الاعتراض عليه، فيحق لنا الإفصاح عن هذه المعلومات حسب الضرورة إذا قررنا أنها تصب في مصلحتك بناء على تقديرنا المهني. قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نفضح عنها من أجل إخطار أحد أفراد الأسرة أو ممثل شخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك أو المساعدة في إخطاره بموقعك وحالتك العامة.

دليل المستشفى: عند إدخالك إلى المستشفى، سواء باعتبارك مريضًا خارجيًا أو مريضًا داخليًا، يحق لنا أن نضع معلومات محددة حولك، مثل اسمك وموقعك في المستشفى ووصف عام لحالتك (مثل: حالة معتدلة، مستقرة، حرجة، إلخ) وانتمائك الديني، في دليل المستشفى. ولديك الحق في طلب عدم إدراج اسمك في الدليل. إذا طلبت سحبك من الدليل، فلا يمكننا إبلاغ الزائرين بوجودك أو موقعك أو حالتك العامة.

حالات استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية التي تتطلب إذنًا منك:

التسويق: يجب أن نحصل على إذن كتابي منك باستخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها لمعظم الأغراض التسويقية.

بيع المعلومات الصحية المحمية: يجب أن نحصل على إذن كتابي منك في حالة أي إفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية ضمن عمليات بيع المعلومات الصحية المحمية.

الاستخدامات الأخرى: بالنسبة لأي حالات أخرى لاستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية، غير الموصوفة أعلاه، فلن تتم إلا بإذن كتابي منك (ما لم يسمح أو يُلزم القانون بخلاف ذلك). يحق لك، في أي وقت، أن تلغي إذنك كتابةً، إلا بقدر ما تم اتخاذ إجراء بالاعتماد على هذا الإذن.

حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية:

لديك حقوق محددة فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية، والتي يتم توضيحها أدناه. يحق لك ممارسة هذه الحقوق من خلال تقديم طلب كتابي إلى مسؤول الخصوصية لدينا.

الحق في الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية: لديك الحق في فحص معظم معلوماتك الصحية المحمية الموجودة في السجلات الطبية وسجلات الفواتير لدينا، أو الحصول على نسخة ورقية أو إلكترونية من معظمها. سنقدم نسخة أو ملخصًا عن معلوماتك الصحية المحمية، عادة في غضون 30 يومًا من طلبك. قد نرفض عليك رسوماً رمزية لكل صفحة يتم نسخها وكذلك الطابع البريدي إن انطبق ذلك. هناك بعض المواقف التي قد نرفض فيها طلبك للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية.

الحق في طلب فرض القيود: لديك الحق في طلب فرض قيود معينة على استخدامنا لمعلوماتك الصحية المحمية وإفصاحنا عنها. يجب أن يذكر طلبك التقييد الذي تطلب فرضه وعلى من تريد تطبيق هذا التقييد. نحن لسنا ملزمين أن نوافق بالضرورة على أي قيود قد تطلب فرضها، باستثناء أنه يجب علينا الموافقة على عدم الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى خطتك الصحية إذا كان هذا الإفصاح (1) مخصصًا لأغراض السداد أو عمليات الرعاية الصحية ولا يُلزم به القانون خلافاً لذلك، و(2) متعلقًا بأحد عناصر أو خدمات الرعاية الصحية التي سددت تكاليفها بالكامل من جيبك. إذا وافقنا على التقييد المطلوب فرضه، فلا يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها بشكل يخالف هذا التقييد المفروض، ما لم يكن ذلك الاستخدام أو الإفصاح ضروريًا من أجل توفير العلاج في حالة طارئة.

الحق في طلب الحفاظ على سرية المراسلات والاتصالات: من حقك أن تطلب منا التواصل معك بطريقة محددة أو في موقع محدد. سوف نلبي الطلبات المنطقية. وقد نجعل تلبية الطلب مشروطة بمطالبتك بمعلومات حول كيفية ترتيب الدفع أو تحديد عنوان بديل أو طريقة أخرى للتواصل.

الحق في التعديل: إذا كنت تشعر بأن المعلومات الصحية المحمية التي لدينا عنك غير صحيحة أو غير مكتملة، فيحق لك أن تطلب منا تعديل المعلومات المتضمنة في السجلات الطبية وسجلات الفواتير لدينا. ومن الممكن أن نرفض طلبك إذا قررنا، على سبيل المثال، أن معلوماتك الصحية المحمية دقيقة ومكتملة. إذا رفضنا طلبك، فسنرسل إليك شرحًا كتابيًا وسنسمح لك بتقديم بيان كتابي بالاعتراض. إذا قبلنا طلبك بتعديل المعلومات، فسنبذل جهودًا معقولة لإبلاغ الآخرين، بما في ذلك الأشخاص الذين تحددهم، بالتعديل، وسنبذل جهودًا معقولة لتضمين تلك التغييرات في أي إفصاحات مستقبلية عن تلك المعلومات.

الحق في حصر حالات الإفصاح: لديك الحق في الحصول على حصر بحالات معينة من الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية. ويخضع الحق في الحصول على هذه المعلومات لبعض الاستثناءات والتقييدات والحدود. يجب أن يحدد طلبك فترة زمنية لا تزيد عن 6 أعوام. يمكنك أن تطلب فترة زمنية أقل. لديك الحق في تقديم طلب مجاني واحد خلال أي فترة مدتها 12 شهرًا، ولكننا قد نرفض عليك رسوماً نظير أي طلبات إضافية في نفس الفترة التي مدتها 12 شهرًا. سنقوم بإخطارك بشأن أي تكاليف كهذه، وستتمتع بحرية سحب طلبك أو تعديله كتابةً قبل تكليف أي تكاليف.

الحق في تلقي إخطار في حالات الانتهاك: يحق لك أن تتلقى إخطارًا إذا تأثرت بأي انتهاك لمعلوماتك الصحية المحمية غير المؤمنة.

الحق في الحصول على نسخة ورقية من الإخطار: يحق لك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار منا.

الحق في إلغاء مشاركتك في تلقي مراسلات جمع التبرعات: قد نتصل بك لأغراض جمع التبرعات. ويحق لك أن تختار عدم المشاركة في تلقي هذه المراسلات منا.

تبادل المعلومات الصحية

تشارك Phelps Health في واحد أو أكثر من عمليات تبادل المعلومات الصحية ("HIE"). وتسمح لنا عمليات HIE بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، أو الحصول عليها منهم، من أجل أغراض العلاج والسادد وغيرها من الأغراض المسموح بها. والغرض من عمليات HIE هو مساعدتنا نحن وغيرنا من مقدمي الرعاية الصحية على تقديم رعاية صحية أفضل وأكثر كفاءة وتنسيقًا إلى المرضى.

ما لم يتم بإلغاء مشاركتك، ستكون معلوماتك الصحية المحمية متاحة لأي من مقدمي الرعاية الصحية المصرح لهم ممن يشاركون في نفس عمليات تبادل المعلومات الصحية التي نشارك فيها أو لديهم إمكانية الوصول إليها. ومن أجل السماح لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين بالوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية من خلال عمليات تبادل المعلومات الصحية، لا يتعين عليك اتخاذ أي إجراء. من خلال قراءتك لهذا الإخطار وعدم إلغاء الاشتراك، فإنك توافق على إتاحة معلوماتك الصحية المحمية من خلال عمليات تبادل المعلومات الصحية (HIE) (بما يتضمن المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية أو الاختبارات الجينية أو تعاطي المخدرات/الكحول أو الأمراض المنقولة جنسيًا أو علاج/اختبارات متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS)/فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو سجلات الحمل والإجهاض، أو أي معلومات أخرى حساسة). إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين من خلال عمليات تبادل المعلومات الصحية (HIE)، فيجب عليك إلغاء الاشتراك.

لإلغاء اشتراكك في أي من عمليات تبادل المعلومات الصحية (HIE)، أو للحصول على مزيد من المعلومات حول عمليات HIE التي نشارك فيها حاليًا، فيرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية لدينا.

الشكاوى:

إذا كنت تعتقد بأننا قد انتهكنا حقوقك المتعلقة بالخصوصية، فمن حَقك أن تتقدم بشكوى لدينا من خلال إخطار مسؤول الخصوصية. كما يحق لك أيضًا أن تتقدم بشكوى لدى وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. ونحن لن ننتقم منك بأي شكل من الأشكال بسبب تقديمك للشكوى.

معلومات الاتصال

ما لم يُحدد خلافًا لذلك، يُرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية، على الرقم 573-458-7613، من أجل ممارسة أي من الحقوق المنصوص عليها في هذا الإخطار أو للحصول على مزيد من المعلومات أو لتقديم شكوى. أو كتابة إلى: Phelps Health, Corporate Compliance and Privacy Officer; 1000 West 10th Street; Rolla, MO 65401.

يُعتبر هذا الإخطار ساريًا اعتبارًا من 10/14/2020